Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre der Paranoia chronica.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

vorgelegt von

Bruno Stein,
Medizinalpraktikant aus Berlin.

BERLIN 1912
Verlag von R. Trenkel.

Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre der Paranoia chronica.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL

vorgelegt von

Bruno Stein,
Medizinalpraktikant aus Berlin.

BERLIN 1912
Verlag von R. Trenkel.

Nr. 39.

Rektoratsjahr 1911/12.

Referent: Dr. Siemerling.

Zum Druck genehmigt.

Dr. Heine, z. Z. Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0087

Die Ansichten über den Begriff der Paranoia, der Verrücktheit, gingen früher sehr weit auseinander. Bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts hinein verstanden die meisten Autoren unter der „Verrücktheit" einen Krankheitszustand, der sich sekundär als Folgeerscheinung aus einer der damals bekannten Grundformen, z. B. der Melancholie oder Manie, entwickelt.

Diese Lehre, daß die Paranoia, ein „in fixierten Wahnbildern bestehendes Irrsein", aus einem primären Zustand entstehen solle, ist im Jahre 1865 durch Snell[1]) endgültig erschüttert worden. Snell zeigte, daß die „Verrücktheit" ganz unabhängig von anderen Psychosen auftrete. Er definierte die „Monomanie oder den Wahnsinn" als eine selbständige psychische Erkrankung, die durch das „Hervortreten einzelner Reihen von Wahnideen mit Halluzinationen charakterisiert" ist. Allerdings bestreitet er nicht, daß auch die Manie oder Melancholie in psychische Schwächezustände, in allgemeine Verrücktheit, in „aufgeregten resp. apathischen Blödsinn" übergehen kann; wenn wir aber dann von einer „sekundären Verrücktheit" sprechen, so verstehen wir darunter eben nur den Endzustand des manischen oder melancholischen Irrseins, nie aber eine aus diesen Psychosen sich entwickelnde Paranoia.

Dieser Definition Snells schlossen sich bald die meisten Autoren an, so auch Griesinger[2]), der vorher in seinem Lehrbuch einen anderen Standpunkt vertreten hatte. Trotz der aufklärenden Arbeiten Snells und Griesingers, die in das bisher so verworrene Gebiet der Krankheit Klarheit hineinbrachten, wurden doch in den folgenden Jahren unter dem Begriff „Paranoia" viele anders zu beurteilende Psychosen zusammengefaßt.

Es gebührt nun Westphal[3]) das große Verdienst, für dieses von vielen noch mißverstandene Krankheitsbild allgemeines Verständnis geschaffen zu haben. Auch er verwirft die Anschauung, die die „Verrücktheit unter die Zahl der sekundären Seelenstörungen subsumiert". Nach seinen Darstellungen ist für die „Paranoia" ein „abnormer Vorgang im Vorstellungsleben" pathognomisch. Fremdartige Vorstellungen drängen sich dem Erkrankten auf; im Gegensatz zu den sogenannten Zwangsvorstellungen kann sie der Patient aber nicht als krankhaft anerkennen; diese neuen Ideen, die das Tun und Lassen des Kranken in jeder Weise beeinflussen, tragen von vornherein den Charakter von Wahnideen; zur weiteren Entwicklung und Ausbildung des Wahnes, der sich als Verfolgungs- oder Größenwahn meist dokumentiert, können dann Halluzinationen oder Illusionen beitragen. Der Kranke empfindet eine Veränderung seiner Persönlichkeit; er ist fest davon überzeugt, daß allen, auch ihm ganz unbekannten Menschen die Veränderung, die er persönlich mit sich vorgehen fühlt, auffalle und alle von dieser vermeintlichen Transformation seiner Person Notiz nehmen. So erscheint dem Patienten dann auch bald das Benehmen der Leute verändert, er hat das Gefühl, man blicke ihm überall neidisch nach und beobachte ihn; in allen Vorgängen der Außenwelt sieht er nun Beziehungen zu sich, die ungewöhnliche Beobachtung seiner Person erfüllt ihn mit Mißtrauen, er wittert jetzt fortdauernd Pläne gegen sein Leben. Es wird uns so verständlich, wie dieser „Beobachtungswahn" und die „krankhafte Eigenbeziehung" leicht die Grundlage für den Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn abgeben kann. Diese „primäre Störung im Vorstellungsleben" ist charakterisiert durch die krankhaften Ideen des Patienten, der „die Änderung seines Ichs auf die Außenwelt projiziert".

Das von Westphal so klar gezeichnete Krankheitsbild der „Verrücktheit", für dessen Zustandekommen übrigens keineswegs die intellektuelle Schwäche notwendig ist, kann sich nun in seinen verschiedenen Formen verschieden ge-

stalten, je nachdem die formalen Vorgänge im Denken gestört sind, je nachdem ferner „das motorische Verhalten beeinträchtigt ist oder nicht". Dieses „motorische Verhalten" kann oft Erregungszustände, z. B. bei der akuten Form der Paranoia, erkennen lassen, wie wir sie sonst bei der Manie zu sehen gewohnt sind; andererseits vermissen wir oft jegliche impulsive Erregung, so daß wir fast an die stuporöse Form der Melancholie denken können, doch wir werden im weiteren Verlaufe den paranoischen Charakter der Krankheit erkennen, „der scheinbar melancholisch-stuporöse kann mit den schönsten verrückten Größenideen erwachen".

So können wir auf Grund der von Westphal angegebenen Differenzierung der Krankheitsformen der „Paranoia" logisch die verschiedenen Zustandsbilder, die uns bei der Krankheit begegnen, erklären; wir können die auftretenden Krankheitserscheinungen zu einem bestimmten psychischen Symptomenkomplex vereinigen.

Wenn nun aber auch in der psychiatrischen Wissenschaft die Arbeiten Snells, Griesingers, Westphals und mancher anderer Autoren bahnbrechend gewirkt haben, so sind doch auch heute noch nicht alle Zweifel über die Einteilung und Benennung der in Frage kommenden Krankheitszustände behoben. So wollen manche Psychiater, z. B. Sommer[4]), die akute Form der Paranoia nicht anerkennen; sie glauben nur an akute Erregungszustände im Verlaufe einer sich chronisch entwickelnden Wahnbildung. So leugnet Kräpelin[5]) das Bestehen der von Westphal geschilderten „periodischen Paranoia" und will die von anderen Autoren beobachtete psychische Gesundheit im Verlaufe der paranoischen Erkrankung nur als Remission ansehen oder vielmehr an eine Dissimulation der Krankheit glauben.

Ebenso wie in bezug auf die Einteilung in bestimmte Formen herrschen auch hinsichtlich der Prognose Meinungsverschiedenheiten. Wenn Schüle[6]) der akuten Form unbedingt die günstige, der chronischen Paranoia (ebenso wie Kräpelin) grundsätzlich die ungünstige Prognose

stellt, ja die Unheilbarkeit geradezu als ein Postulat für die chronische Form aufstellt, bei der er nur die Möglichkeit von Remissionen zugeben will, so stellt er sich damit in Gegensatz zu den meisten anderen Autoren. Die akute Form kann sehr wohl das Vorstadium der chronischen Verrücktheit sein, „die Prognose der akuten Paranoia ist mit Reserve zu stellen“ (Siemerling)[7]).

Andererseits ist allerdings die Prognose der chronischen Form stets eine ernste, aber wir dürfen niemals die Möglichkeit eines günstigen Ausganges der Krankheit in Abrede stellen; Freyberg[8]) und andere berichten uns über Heilungen in Fällen typischer chronischer Paranoia. Besonders in den Fällen ist nach Siemerling die Prognose nicht infaust, die „mit einer lebhaften Beteiligung der Affekte einhergehen, bei denen es vorwiegend zur Entwicklung von Verfolgungsideen gekommen ist, der Größenwahn nur angedeutet ist und nicht zu einer totalen Umänderung der Persönlichkeit geführt hat“.

Wenn nun auch bezüglich der Abgrenzung und des Verlaufes der „chronischen Verrücktheit“ heute noch die Ansichten divergieren, so können wir doch behaupten, daß im wesentlichen über den Begriff der „chronischen Paranoia“ unter den Autoren Einigkeit herrscht. Wir können die Krankheit, der heutzutage wohl niemand mehr die primäre Entstehung abspricht, als einen durch Störung des Gedankenlebens bedingten Zustand definieren, der „sich durch einen fixen depressiven oder expansiven Wahn auszeichnet“; „neben der Störung im Bereich der Verstandestätigkeit ist auch die gemütliche affektive Seite sehr in Mitleidenschaft gezogen“ (Siemerling)[9]). Alle Stimmungen und Affekte des Erkrankten sind abhängig von dem Charakter der Wahnideen, die bei der akuten und chronischen Paranoia nie ein bestimmtes System vermissen lassen. Durch die falsche Beurteilung des wirklich Erlebten und die unrichtige Auffassung aller ihrer Sinneswahrnehmungen entwickelt sich bei den Patienten ein Wahngebäude, durch das sich schließlich ihre Ansicht über ihr Verhältnis zur

Außenwelt ändert und eine „völlige Verschiebung des Ichs“ bewirkt wird. Somit sind die Sinnestäuschungen, die, besonders als Akoasmen, oft in der Krankheit eine große Rolle spielen, zur Entstehung der Paranoia und der weiteren Ausbildung der Wahnfabel nicht unbedingt notwendig. Oft beherrschen hypochondrische Vorstellungen und perverse Empfindungen das Krankheitsbild.

Für das Zustandekommen der Krankheit ist in mindestens der Hälfte aller Fälle hereditäre Belastung nachweisbar, traumatische und toxische Einflüsse sollen auch eine Rolle spielen. Ziehen[10]) sieht chronische körperliche Erkrankungen als prädisponierende Momente an, nach ihm sind Uterin- und Darmleiden zuweilen an der Entwicklung der Paranoia mitbeteiligt. Auch ist dem Senium und dem Klimakterium oft ein Einfluß zuzusprechen. In manchen Fällen entsteht die Krankheit auf der Basis der Epilepsie. Die Hysterie, der Alkoholismus, die Konflikte mit der Umgebung und die daraus resultierenden Gemütserregungen, ungünstig ausfallende Gerichtsurteile, Haft geben häufig eine Gelegenheitsursache ab.

Im folgenden sei es mir gestattet, über einen bemerkenswerten Fall von chronischer Paranoia, der in der Kgl. Psychiatrischen Klinik zu Kiel zur Beobachtung kam, zu berichten.

Es handelt sich um die jetzt 31 jährige Frau S., geb. v. St., die am 1. Juli 1910 in der Klinik aufgenommen wurde.

Aus dem Bericht des Ehemanns und des behandelnden Arztes, Med.-Rat Dr. C., sind folgende anamnestische Angaben hervorzuheben:

Die Patientin ist hereditär stark belastet. Der Vater ist geisteskrank und lebt in der Irrenanstalt. Eine Schwester des Vaters ist Potatrix. Sie selbst hat drei gesunde Schwestern, ein Bruder der Kranken soll nicht ganz normal veranlagt sein. In ihrer Kindheit soll nie ein auffälliges Wesen bei ihr beobachtet worden sein, sie ist eine gute Schülerin gewesen, in ihren Schulheften finden sich aber zahlreiche Gedichte oft sehr unklaren Inhaltes. Bis zu ihrer Hochzeit

war sie Kochlehrerin; auch in dieser Zeit waren keine Störungen nachweisbar. Unmittelbar nach ihrer Verheiratung zeigte sie plötzlich einen ganz veränderten Charakter. Sie war sehr schüchtern, mißtrauisch gegen jeden Fremden, rechthaberisch und streitsüchtig gegen ihren Gatten; sie war krankhaft sparsam und machte wegen der geringsten Geldausgaben heftige Auftritte bis in die späte Nacht hinein, weinte oft ohne ersichtlichen Grund, glaubte sich von allen Menschen beleidigt und gehaßt, sie glaubte, alle Menschen sprächen über sie, streckten hinter ihr die Zunge heraus und lachten hinter ihr her. Vor drei Jahren verließ sie ohne Ursache das Haus, fuhr nach Hamburg und nahm dort eine Stellung als Köchin an; sie blieb mehrere Monate dort und wollte nicht zu ihrem Mann und ihren Kindern, um die sie sich nicht bekümmerte, zurückkehren. Auf Bitten des Mannes kam sie schließlich wieder nach Haus; es entstanden aber wieder die Uneinigkeiten, an denen der Mann ganz schuldlos war. Sie besorgte das Hauswesen schlecht, fühlte sich wieder durch die Nachbarn verspottet und sah in den harmlosesten Vorgängen Beweise für die Richtigkeit ihrer Ideen. Da sie der Mann gegen ihre vermeintlichen Verfolger nicht in Schutz nahm und diese zur Verantwortung zog, beschuldigte sie ihn der Teilname der Verschwörung gegen sie, wurde oft deshalb sehr erregt und warf ihm in solcher Erregung einmal ein Messer an den Kopf. Häufig hatte sie nach solchen Erregungszuständen Selbstmordgedanken und versuchte sich eines Tages zu erhängen, ein anderes Mal aus dem Fenster zu springen. Überall glaubte sie Beziehungen zu ihrer Person zu entdecken. So bezog sie z. B. auch in der Kirche Stellen der Predigt auf sich und ging am nächsten Tage in die Wohnung des Geistlichen, um von ihm dafür Rechenschaft zu fordern. In der späteren Zeit suchte sie noch öfter das Haus zu verlassen; wenn sie wiedergeholt wurde und nach dem Grund ihrer Tat gefragt wurde, gab sie läppische Anworten. Sie schrieb oft an ihr ganz unbekannte Leute lange Briefe. Ihr eigentümliches Wesen konnte sie nie rechtfertigen; sie beschuldigte stets

den Mann. In der letzten Zeit erklärte sie öfter, es wäre noch gar nicht sicher, ob sie wirklich von den Leuten, bei denen sie erzogen sei und die sie bisher als ihre Eltern angesehen habe, abstamme.

Seit dreiviertel Jahren zeigt die Patientin nach den Aussagen des Ehemannes ein ganz verändertes Wesen. Sie ist ganz apathisch, sie lacht nur zuweilen vor sich hin. Den Haushalt vernachlässigt sie jetzt vollkommen, das Fortkommen der Familie ist ihr ganz gleichgültig. Sie hat seit vier Wochen die Idee, die Nachbarn hätten Hypnotisierungsmaschinen, um sie zu quälen. Sie dringt nachts in das Haus der Nachbarn, um diese Maschinen zu beobachten. Sie werde andauernd durch die Nachbarn hypnotisiert und finde deshalb keine Ruhe. Sie fängt oft laut an zu schreien, läuft fast unbekleidet auf die Straße und wird nur durch stete Beobachtung daran gehindert, Selbstmord zu verüben. In den letzten Wochen hat sie meist zu ganz verkehrter Zeit geschlafen. Die Patientin, bei der bisher keine nennenswerten ernsteren körperlichen Erkrankungen beobachtet worden sind, hat drei gesunde Kinder, der letzte Partus fand vor drei Jahren statt, Fehlgeburt war nie vorhanden. Die Menses waren angeblich stets regelmäßig, in letzten Jahren klagte Patientin öfter über Obstipation.

Status:

Patientin ist 1,62 m groß, das Gewicht beträgt bei der Aufnahme 56 kg. Sie ist in ihrem Ernährungszustande etwas reduziert; die Gesichtsfarbe ist gelblich, die Schleimhäute sind blaß. Der Kopf ist nirgends besonders klopfempfindlich, Kopfmaße: 54:15:17. Narben sind nicht vorhanden.

Die Pupillen sind mittelweit, rund, gleich groß; es besteht aber eine exzentrische Stellung der Pupillen. Licht- und Konvergenzreaktion ist gut erhalten, die Augenbewegungen sind frei.

Die Zunge ist trocken, etwas belegt, weicht nirgends ab. Der Gaumen- wie auch der Konjunktivalreflex zeigen keine Besonderheiten. Die Sprache ist normal. Die grobe

Kraft ist etwas herabgesetzt. Der Patellarreflex sowie der Achillessehnenreflex sind sehr lebhaft, das Babinskische Zeichen ist nicht auslösbar. Die Sensibilität ist intakt.

Die Lungen zeigen normalen Befund, die Herztöne sind rein, Puls ist mäßig gespannt. Das Abdomen ist weich, nicht empfindlich. Der Urin ist frei von pathologischen Bestandteilen.

Der psychische Status ergibt bei der Aufnahme: Patientin ist äußerlich ruhig, spricht formal richtig, achtet aufmerksam auf alle Vorgänge in ihrer Umgebung, ihre Stimmung zeigt keine auffallende Veränderung. Beim Sprechen öffnet sie weit die Augen. Nach ihrem Leiden und ihrem bisherigen Leben gefragt, gibt sie an, daß sie sich in der Schule, wo sie ganz gut gelernt habe, und in der späteren Zeit bis zu ihrer Verheiratung gesund gefühlt habe. Seit ihrer Hochzeit habe sie sich jedoch nie recht wohl gefühlt, ihr Mann sei sehr streitsüchtig, sie habe mit ihm viel Ärger und „darüber freuten sich die Leute im Dorf"; es werde über sie „viel geklatscht", besonders die Mädchen im Dorf redeten über sie, wahrscheinlich aus Eifersucht, weil sie einmal von einem jungen Manne freundlich angesehen worden sei. Alle Menschen, auch ihr Mann, sprechen hinter ihr her, sie höre ganz deutlich Bemerkungen über sie. In der letzten Zeit werde sie, wenn sie am Fenster sitzt, hypnotisiert; auch ihr Mann hypnotisiere sie, „um sie wegzuschaffen". Durch das Hypnotisieren werden ihr starke Kopfschmerzen bereitet. Sie habe immerfort das Gefühl, „als wenn elektrische Ströme auf sie geschickt würden". Sie finde keine Ruhe. Oft höre sie eine Frauenstimme, die ganz deutlich zu ihr spreche: „Ich will, ich will." Nach ihrer Aufnahme in der Klinik legte sie sich ruhig zu Bett; auf Befragen gibt sie an, sie höre auch hier die Stimme.

Aus dem weiteren Verlaufe der Krankheit in der Zeit der Beobachtung in der Klinik sind folgende Tatsachen erwähnenswert: Nach kurzem Aufenthalte fühlt sie sich hier ebenso wie früher zu Hause beobachtet. In einer klinischen

Vorstellung zeigt sie sich über Ort und Zeit völlig orientiert, sie erzählt ohne stärkere Erregung ihre Leidensgeschichte, durch die von den Nachbarn ausgeübte Hypnose würden alle eigenen Gedanken gehemmt. Offenbar handelten die Nachbarn aus Neid so; sie wüßte sonst keinen Grund, da sie niemandem etwas angetan habe. Sie berichtet auch über ihre lebhaften Sinnestäuschungen und will sogar im Geiste die Person, die sie beeinflußt, sehen.

In den späteren Wochen drängt die Kranke, man möchte sie aus der Klinik entlassen, sie wolle zu ihren Kindern; diese seien wahrscheinlich krank, sie habe sie „nachts im Keller schreien hören". Bei einer späteren Visite stellt sie alle unangenehmen Empfindungen und Sensationen, über die sie bisher stets geklagt hat, in Abrede; sie schreibt aber doch an demselben Tage einem Verwandten einen Brief, in dem sie ihm mitteilt, daß sie auch in der Klinik durch das Hypnotisieren geplagt werde. In der Folgezeit ist Patientin zeitweise ganz apathisch, sie antwortet dann nur kurz auf Fragen, sieht starr vor sich hin, lächelt auch öfter grundlos; zuweilen aber ist sie sehr erregt, zeigt starkes Widerstreben, setzt den Pflegerinnen aktiven Widerstand entgegen, schilt laut, man behalte sie ohne Recht hier. In einem Briefe an den Mann bittet sie ihn, dafür zu sorgen, daß die Kinder gut geborgen würden, „es sei nämlich jetzt Krieg", „sie höre immerfort die Kanonen donnern". Wenn sie auch oft ihre Wahnideen zu dissimulieren sucht, verlangt sie doch oft Mittel gegen die Hypnose, die sie so sehr peinige. Oft läuft sie nachts ängstlich im Zimmer umher, geht dann an das Fenster und behauptet, „draußen rufe ihr Bruder um Hilfe". Eines Morgens beschwert sie sich, es wären in der Nacht viele Männer an ihr Bett gekommen und wollten sie belästigen.

Anfang November 1910 klagt sie über neue abnorme Sensationen, sie hat das Gefühl, als sei in ihrem Körper ein Tier. Sie springt nachts aus dem Bett, greift an ihren Nacken, da dort „eine Schlange sitze", bald sei das Tier wieder an der Schulter, bald spüre sie Schmerzen im Ge-

hirn. Daneben leide sie unter den „elektrischen Strömen, die durch drahtlose Telegraphie in sie geschickt würden". Sie glaubt ferner auch ein schweres Uterinleiden zu haben. Sie verlangt Gegengifte gegen das Tier, „das überall in ihrem Körper herumklettere" und sie gar keine Ruhe mehr finden lasse. Sie schreit oft ängstlich auf, ist ganz verzweifelt, da sie keine Besserung ihres Leidens sieht, sie fürchtet, „an dem Tiere, das sie im Körper habe", zugrunde gehen zu müssen.

Patientin wird am 21. November 1910 nach der Anstalt in Schleswig überführt.

Während der Zeit der Beobachtung war die Temperatur, abgesehen von einer geringen Steigerung bei einer leichten Angina, normal; der Schlaf war nicht gut, Appetit ließ zuweilen zu wünschen übrig. Patientin hat fünf Pfund an Gewicht verloren. Sonstige körperliche Störungen sind nicht wahrgenommen worden.

Epikrise:

Es handelt sich bei der Patientin um Wahnideen, die sich hauptsächlich als Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen kundgeben. Größenideen treten fast ganz zurück. Es herrschen bei der Patientin abnorme Sensationen in verschiedenen Organen vor, diese entspringen dem eigentümlichen Krankheitsgefühl, es sei ein Tier im Körper. Diese hypochondrischen Empfindungen, die ja so häufig bei der chronischen Paranoia angetroffen werden, daß man mit Recht von der „hypochondrischen Verrücktheit" sprechen kann, spielen auch bei unserer Kranken eine große Rolle. Die Patientin ist von der Richtigkeit ihrer Empfindungen fest überzeugt. Die Verfolgungsideen lassen ihr nirgends Ruhe zuteil werden; sie verursachen ihr so starke Qualen, daß sie jede Lebensfreude verliert und Suicidversuche macht. Sie hält jeden Menschen für ihren Feind, der ihr Schlechtes zufügen will und sich über ihre Leiden freut. Auch in der neuen Umgebung der Klinik bezieht sie bald alles in das Reich ihres Wahnes. Alle Versuche, der Kranken die Unrichtigkeit ihrer Vorstellungen klarzulegen,

bleiben erfolglos und scheitern an den nicht zu erschütternden Wahngedanken, die sie ja auch veranlassen, des Nachts in das Haus der Nachbarn einzudringen und „die Hypnotisierungsmaschinen", die sie dort sicher vermutet, zu beobachten. Aus den Beeinträchtigungsideen und der krankhaften Eigenbeziehung heraus erklärt sich auch das Mißtrauen, das sie jedermann entgegenbringt. Da der Ehemann sie gegen die vermeintlichen Verfolger nicht schützt, beschuldigt sie auch ihn der Teilnahme der Verschwörung gegen sie und geht aggressiv gegen ihn vor. In diesem durch hypochondrische Vorstellungen und persekutorische Ideen bedingten Wahngebäude, welches stets neue psychische Erregungszustände erzeugt, ist eine „Transformation der ganzen Persönlichkeit" der Patientin vor sich gegangen. Die Kranke zweifelt auch daran, ob die, die man ihr als ihre Eltern bezeichne, in der Tat ihre Eltern seien.

Wollen wir die Ätiologie der Erkrankung zu ergründen suchen, so gibt uns die Anamnese klare Anhaltspunkte. Die Patientin ist, wie eingangs erwähnt, erblich stark belastet. Auf dieser hereditären Grundlage hat sich zweifellos die Krankheit entwickelt. Die ersten nachweisbaren Zeichen der Erkrankung fallen in die Zeit kurz nach ihrer Verheiratung; ob nicht schon früher abnorme Charakteranlagen, die von der Patientin vielleicht dissimuliert worden sind, bestanden haben, läßt sich heute nicht mehr mit Sicherheit feststellen. Wenn nun auch im Laufe der nunmehr schon elf Jahre bestehenden Krankheit zeitweise kleine Remissionen eingetreten sind, so ist doch die „fortschreitende Wahnbildung" unverkennbar, so daß die Überführung in eine geschlossene Anstalt notwendig geworden ist.

Zeichen körperlicher Degeneration sind nicht vorhanden; die exzentrische Stellung der Pupillen berechtigt uns bei Fehlen anderer Erscheinungen zu keinem sicheren Schluß; das vasomotorische Nachröten und die Steigerung der Sehnenreflexe weisen nur auf eine allgemeine Nervosität hin.

Die Prognose, die wir, wie früher besprochen worden ist, auf Grund gut verbürgter Fälle mit Ausgang in Heilung nie als eine stets infauste hinstellen dürfen, ist in dem behandelten Fall sehr getrübt durch den nun schon so lange bestehenden Krankheitszustand, bei dem wir gänzlich freie Intervalle vermissen. Therapeutisch werden wir nicht den ungünstigen Einfluß der Isolierung von der Familie ganz leugnen können; wenn wir aber gewärtig sein können, daß der Paranoiker aus den Beeinträchtigungsideen seine Konsequenzen zieht und zur Selbsthilfe greift, um sich seiner vermeintlichen Verfolger zu entledigen, so werden wir im Interesse der Allgemeinheit eine feste Internierung für notwendig halten. Bei unserer Patientin sehen wir mehrmals heftige Angriffe gegen ihre Umgebung. „Gerade die chronische Verrücktheit führt oft infolge der sie begleitenden Eigenheiten leicht zu strafrechtlichen Zusammenstößen.“ Siemerling berichtet in dem „Handbuch der gerichtlichen Medizin“ [11]) über zahlreiche Fälle, in denen durch die plötzliche Tat eines Paranoikers dem Kranken gänzlich unbekannte Personen zum Opfer gefallen sind.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

[1]) Snell, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 22.

[2]) Griesinger, Archiv für Psychiatrie, Band 1.

[3]) Westphal, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 34.

[4]) Sommer, „Über Paranoia". Deutsche Klinik am Anfang des 20. Jahrhunderts, Band VI Teil 2.

[5]) Kräpelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Auflage.

[6]) Schüle, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 50.

[7]) Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. 2 Auflage.

[8]) Freyberg, „Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung". Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 58.

[9]) Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie, 2. Auflage.

[10]) Ziehen, Psychiatrie, 3. Auflage.

[11]) Schmidtmann, „Handbuch der gerichtlichen Medizin". Band III: Siemerling, „Streitige geistige Krankheit".

Lebenslauf.

Am 3. Dezember 1885 wurde ich, Bruno Siegfried Stein, mosaischer Konfession, als Sohn des Bergwerkdirektors Alex Stein und seiner Ehefrau Eugenie, geb. Labandter, zu Berlin geboren. Ich besuchte das Kgl. Luisengymnasium zu Berlin, das ich Ostern 1906 nach bestandener Reifeprüfung verließ. Vom 1. April bis 1. Oktober 1906 genügte ich der ersten Hälfte meiner Dienstzeit als Einjährig-Freiwilliger im Kgl. Augusta-Garde-Grenadierregiment Nr. 4 zu Berlin. Bis zur Vorprüfung studierte ich ein Semester in Freiburg i. B. und vier Semester in Berlin, wo ich im November 1908 die ärztliche Vorprüfung bestand. Meine klinischen Semester verbrachte ich in Berlin (zwei) und Kiel (drei). Ich beendigte hier am 17. Juni 1911 mein Staatsexamen.

Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

C. Schulze & Co.
G. m. b. H.
Gräfenhainichen
(Bez. Halle)